

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

177

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Mars 1896, à 1 heure

Par EDMOND MOREAU

Né à Chaumont-sur-Tharonne (Loir-et-Cher), le 10 février 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS PÉRIPHARYNGIENS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. MARCHAND.

Agrégés : MM. { TUFFIER.
BROCA.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Mars 1896, à 1 heure

Par EDMOND MOREAU

Né à Chaumont-sur-Tharonne (Loir-et-Cher), le 10 février 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS PÉRIPHARYNGIENS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. MARCHAND.

Agrégés : MM. { TUFFIER.
BROCA.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

177

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SÉE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	BETTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	
	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en donnera aucune approbation ni improbation.

A MON BON PÈRE

A MA MÈRE CHÈRIE

*Témoignage d'affection et de profonde
reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

venir à élucider ces points, nous nous tiendrons pour satisfait, convaincu d'avoir fait œuvre utile.

Nous rappellerons d'abord la disposition anatomique des ganglions lymphatiques péripharyngiens, puis nous étudierons le siège et l'évolution anatomiques des abcès qui peuvent s'y développer. Après avoir rapidement esquissé les symptômes, d'ailleurs connus, et rapporté nos observations, nous insisterons sur un point de diagnostic pour arriver au traitement qui est en la matière le point capital.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de nous conformer à l'usage et de remercier ici tous ceux qui ont bien voulu nous permettre de profiter de leur enseignement dans les hôpitaux.

Tout d'abord, nous tenons à rendre ici hommage à la mémoire de notre regretté maître Léon Lefort, qui guida nos premiers pas en chirurgie.

Que M. le docteur Letulle, professeur agrégé médecin de l'hôpital Saint-Antoine, veuille bien recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance pour le bon accueil qu'il nous a toujours fait.

Nous tenons également à remercier M. le docteur Descroizille, de l'Hôpital des Enfants-Malades, à qui nous devons nos connaissances en médecine infantile, et M. le docteur Bucquoy, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu nous faire profiter de son expérience.

M. le docteur Broca, professeur agrégé, chirurgien assistant à l'hôpital Trousseau, après nous avoir appris dans le service du docteur Lannelongue la pratique

difficile de la chirurgie infantile, a bien voulu nous donner les indications nécessaires et un bon nombre des observations qui nous ont permis d'entreprendre ce travail. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre vive gratitude ; nous ne saurions oublier ce qu'il a fait pour nous.

A M. le professeur Tillaux, chirurgien de l'hôpital de la Charité, commandeur de la Légion d'honneur, nos plus sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.





SIÈGE. — ÉTIOLOGIE. — BACTÉRIOLOGIE



Avant d'aborder l'étude des phlegmons péripharyngiens, il nous semble indispensable de rappeler rapidement ici en quelques lignes la disposition des vaisseaux lymphatiques du pharynx et celle des ganglions péripharyngiens, qui seront le point de départ de ces suppurations qui vont nous occuper ; cela nous paraît d'autant plus nécessaire que cette disposition anatomique explique parfaitement les divisions des abcès péripharyngiens en plusieurs types caractérisés par une marche et une évolution dissemblables, et nécessitant aussi des traitements excessivement variables suivant les cas.

Le pharynx et l'isthme du gosier présentent à considérer deux groupes ganglionnaires principaux, l'un considérable, l'autre plus petit, mais non moins im-

portant, surtout dans le bas-âge, à cause des déductions pathologiques.

Premier groupe des ganglions latéraux. — Ce groupe ganglionnaire important est assez étendu; il est, d'autre part, la continuation de la chaîne ganglionnaire carotidienne dont il représente la partie la plus élevée; il est d'ailleurs réuni aux autres ganglions carotidiens par des vaisseaux lymphatiques qui, partis de ceux-ci, aboutissent à ceux-là. Le ganglion le plus élevé de ce gros groupe latéral du pharynx est reporté un peu en arrière, vers l'angle de cet organe, et repose sur la portion la plus élevée du muscle constricteur supérieur. Il reçoit tout un groupe de vaisseaux lymphatiques qui, après avoir tiré leur origine de la muqueuse du pharynx dans la région correspondante, s'unissent pour former trois ou quatre gros troncs qui vont en dehors, se réunissent à ceux de la face supérieure du voile palatin et traversent l'aponévrose pharyngienne pour aboutir au ganglion. Il est, en outre, en relation avec d'autres ganglions du même groupe allant jusqu'à l'apophyse styloïde. Les autres vaisseaux lymphatiques se comportent d'une façon analogue par rapport aux ganglions suivants.

Parmi les ganglions de ce groupe, nous devons encore rappeler ceux qui, situés en arrière de la mâchoire, portent le nom d'angulo-maxillaires, car ils sont souvent le siège des adéno-phlegmons d'origine pharyngienne.

La chaîne ganglionnaire se termine, au moins pour

ce qui nous en intéresse, par les ganglions qui se trouvent sur les parties latérales de l'os hyoïde et plus bas, au niveau de la bifurcation de la carotide primitive en carotides externe et interne. Quelques-uns de ces ganglions plus petits semblent s'isoler un peu de la direction générale de la chaîne avec laquelle ils restent cependant en communication et se dirigent en avant, le long de l'os hyoïde, et vers les parties antéro-latérales du larynx ; là ils communiquent d'un côté à l'autre par des vaisseaux lymphatiques. Ces ganglions pourraient à la rigueur être considérés à part comme formant un petit groupe antérieur.

En résumé, ce groupe important des ganglions latéro-pharyngiens reçoit les lymphatiques venus de la muqueuse du voile du palais, des amygdales palatines et des parois latérales du pharynx. Remarquons en passant que ces vaisseaux et ganglions lymphatiques vont se trouver largement et intimement en rapport avec le tissu cellulaire de l'espace maxillo-pharyngien dans lequel, nous le verrons tout à l'heure, il pourra se former d'abondantes collections purulentes.

Deuxième groupe des ganglions postérieurs ou rétro-pharyngiens. — Ces ganglions symétriques, vus pour la première fois par Tortual (1846), et étudiés depuis en détail par Gillette (*thèse de Paris* 1867), sont aujourd'hui bien connus. Ces ganglions reposent de chaque côté de la ligne médiane sur le muscle grand droit antérieur de la tête entre lui et la paroi postérieure du pharynx, ils vont souvent en dehors

jusqu'au contact de la carotide interne et communiquent largement par des vaisseaux lymphatiques avec la chaîne ganglionnaire carotidienne. Ces deux groupes symétriques postérieurs semblent exister toujours; mais ils sont plus volumineux, dit Gillette dans le bas âge et dans l'enfance que chez l'adulte. Jonesco, chez l'adulte, les a cependant vus atteindre une longueur de deux centimètres et demi.

Ces ganglions reçoivent les lymphatiques des amygdales pharyngiennes et de la muqueuse de la partie postérieure du pharynx et surtout du pharynx nasal.

Nous voyons donc en somme que les ganglions péripharyngiens peuvent se diviser en deux groupes, un médian, un latéral, et que le groupe latéral envoie des prolongements jusque vers la partie antérieure. On a beaucoup discuté sur cette division des ganglions; on a voulu ne considérer, au point de vue pathologique, que des ganglions latéraux, disant que le groupe postérieur n'est pas médian. A prendre les choses au pied de la lettre, sans doute le groupe postérieur n'est pas absolument médian puisque les ganglions y sont placés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane; mais, outre que ce serait un peu arguer sur les mots, nous croyons qu'il y a intérêt à considérer ce groupe comme médian postérieur, car il l'est et doit le rester pour le chirurgien qui aura à intervenir dans l'abcès rétro-pharyngien. Vouloir faire rentrer ces ganglions postérieurs dans les deux groupes latéraux, c'est arriver droit à la déduction de M. Phocas (Se-

maine médicale, 1892) qui conseille d'ouvrir tous les abcès péripharyngiens par la voie cutanée, ce qui nous semble très exagéré, et beaucoup trop absolu.

De ces quelques considérations anatomiques, nous pouvons maintenant tirer des déductions pathologiques importantes. Dans les cas où la muqueuse nasobucco-pharyngée aura été le siège d'une inflammation; lorsque la muqueuse lésée aura laissé une porte d'entrée ouverte aux agents infectieux chez un sujet présentant un terrain favorable, les voies lymphatiques pourront conduire les microbes jusqu'aux ganglions qui s'enflammeront à leur tour et iront souvent jusqu'à la suppuration. Ces adéno-phlegmons doivent donc être divisés, quant à leur siège, comme les groupes ganglionnaires eux-mêmes: 1° en adéno-phlegmons médians qui sont les abcès rétro-pharyngiens proprement dits, et relèvent surtout des infections naso-pharyngiennes; 2° en adéno-phlegmons latéraux, qui sont les abcès latéro pharyngiens des auteurs classiques et dont quelques-uns, comme dans l'observation II, peuvent empiéter vers la ligne médiane antérieure, et qui résultent le plus souvent des infections pharyngiennes et amygdaliennes.

Dès lors nous comprendrons facilement le rôle étiologique du coryza, de la grippe, de la pharyngite catarrhale; il nous sera facile de saisir le rôle étiologique de l'hypertrophie chronique des amygdales, des angines à répétition et enfin des tumeurs adénoïdes du pharynx si fréquentes chez l'enfant.

L'hypertrophie chronique des amygdales et les

adénoïdes du pharynx rentrent certainement dans les causes les plus importantes.

Ces grosses amygdales anfractueuses, fragiles, présentent une vaste surface pour l'infection ; elles saignent facilement, s'exulcèrent sans cesse ; de la saillie considérable qu'elles font dans l'isthme du gosier il résulte que la déglutition d'un bol alimentaire un peu dur les lèse au passage et ouvre la porte à l'infection microbienne.

De même les végétations adénoïdes implantées sur la base du crâne, sur le fond et les faces postéro-latérales du pharynx, forment de véritables tumeurs mollasses pressées les une contre les autres et offrant une surface constamment infectée par les germes communs qui sont les hôtes habituels des cavités nasale, buccale et pharyngienne.

Ces seules considérations suffiraient, semble-t-il, en dehors des troubles fonctionnels qu'entraînent l'hypertrophie chronique des amygdales et les tumeurs adénoïdes du pharynx, pour justifier une intervention chirurgicale. Aussi pensons-nous qu'il y a toujours avantage très sérieux à réduire le volume des amygdales avec des cautérisations ou simplement à les enlever ainsi que les adénoïdes ; on éviterait ainsi bien des suppurations péripharyngiennes qui, chez l'enfant surtout, peuvent être très graves.

Ainsi donc, malgré l'opinion de quelques auteurs, et en particulier de M. Gougenheim et de M. Phocas, nous admettons des adéno-phlegmons rétro-pharyngiens et latéro-pharyngiens. Il y a là des ganglions,

par conséquent les adéno-phlegmons y sont possibles. Que si l'on veut objecter que les ganglions du groupe postérieur sont situés de chaque côté de la ligne médiane et doivent être considérés comme latéraux, nous répondrons que pour le chirurgien ils sont bien postérieurs et que leur évolution la plus habituelle, quand ils suppurent, justifie et même nécessite leur distinction d'avec les ganglions du groupe latéral.

D'ailleurs les phlegmons latéro-pharyngiens peuvent être unilatéraux ou bilatéraux, suivant les cas. De même dans l'abcès rétro-pharyngien, la tuméfaction peut être surtout marquée d'un côté ou bien envahir également de chaque côté de la ligne médiane postérieure, suivant que les ganglions rétro-pharyngiens de Gillette sont pris d'un seul ou des deux côtés.

Là, le pus une fois collecté tendra à fuser plus loin si l'on n'intervient pas; parfois il se frayera une voie inférieure et pourra descendre jusque dans le médiastin, tantôt au contraire, comme nous le verrons plus loin, il peut se diriger peu à peu vers la partie latérale du cou; c'est même là la voie la plus ordinaire des fusées purulentes, mais elles sont assez rares chez l'enfant. Tandis que chez l'adulte les voies digestives et respiratoires supérieures sont larges et laissent place à la tuméfaction sans être trop complètement obstruées par elle, au contraire, l'exiguité de ces mêmes voies chez le jeune enfant fait qu'il succombe rapidement par asphyxie si l'on n'intervient pas, et cela avant que les fusées purulentes aient eu le temps de s'étendre au loin.

Cette notion de siège sur laquelle nous insistons un peu longuement nous paraît capitale, quoi qu'en ait dit un médecin, car c'est de sa connaissance que dépendront d'une part un diagnostic exact et de l'autre une intervention convenable, appropriée au cas auquel elle s'adresse. En effet, si vous ouvrez par la bouche un abcès rétro-pharyngien, vous n'aurez pas à redouter de tomber ni sur la carotide, ni sur la jugulaire ; de même si vous ouvrez un abcès latéro-pharyngien, par la voie cutanée vous n'avez en général rien à craindre. Mais que l'on aborde à travers la peau un abcès rétro-pharyngien par la partie latéro-supérieure du cou comme le veut M. Phocas (1), on se trouvera très loin, quoi qu'il en dise, du foyer purulent, et l'intervention sera certainement moins rapide, moins facile et moins sûre que par la voie buccale.

Encore pourra-t-il arriver que cette intervention n'aboutisse pas à l'évacuation du pus. M. le docteur Branthomme, médecin adjoint de la maison d'Ecouen, rapporte le cas d'une tentative de ce genre faite par deux chirurgiens distingués, sans résultat, si bien que les opérateurs durent séance tenante abandonner l'incision faite au cou pour aller ouvrir l'abcès, cette fois avec succès, par le pharynx.

De même vouloir inciser par la bouche un abcès latéro-pharyngien, serait à notre sens une mauvaise intervention au moins dans la majorité des cas. M. le

(1) Phocas. Semaine médicale, 1892, p. 522 et 523.

professeur Tillaux a bien démontré en effet que ces adéno-phlegmons se développent souvent en dehors du paquet vasculo-nerveux qui se trouve refoulé en dedans vers le pharynx, de telle sorte que l'incision pharyngienne aurait grande chance de léser la carotide ou la jugulaire avant d'évacuer le pus.

Nous croyons donc pouvoir dire d'une façon générale que les abcès rétro-pharyngiens seront plus facilement et plus sûrement ouverts par le pharynx, tandis que les abcès latéro-pharyngiens réclameront plutôt une incision par la voie cutanée. Mais ce ne sont là que des données générales, en clinique il n'y a rien d'absolu et l'on pourra rencontrer, comme nous le verrons tout à l'heure, tel abcès rétro-pharyngien, justifiable d'une incision cutanée, tel phlegmon péri-amygdalien qui réclamera une incision pharyngée. En somme chaque cas particulier peut modifier l'intervention et l'on ne peut poser que des règles générales, passibles d'exceptions qui seront appréciées par le tact du chirurgien.

Faute de connaître suffisamment cette question de siège on peut encore, comme dans l'observation II, faire une erreur de diagnostic; devant des accès subits et répétés de suffocation, on pourra méconnaître la cause véritable et faire par exemple un tubage qui sera pour le moins une intervention insuffisante puisqu'il ne s'adresse pas directement à la cause du mal, et ne combat qu'un symptôme plus ou moins efficacement.

La fréquence des abcès rétro et latéro-pharyngiens

suivant l'âge vient encore justifier la séparation que l'on doit établir entre les uns et les autres. En effet, les abcès rétro-pharyngiens sont l'apanage presque exclusif de l'enfance tandis qu'ils sont à peu près exceptionnels chez l'adulte ; au contraire les abcès latéro-pharyngiens s'observent à tous les âges et ne semblent guère être plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte.

Donc les abcès péripharyngiens sont des adénophlegmons dans la plupart des cas, parfois cependant, comme le fait remarquer M. Breton (1), l'amygdalite et la péri-amygdalite peuvent donner naissance à des collections purulentes qui sont susceptibles de fuser vers la région latérale du cou, à travers l'aponévrose pharyngienne qu'elles perforent, ou bien encore en traversant cette aponévrose à la faveur des orifices normaux qu'elle présente pour laisser passage aux vaisseaux de la région.

Ces amygdalites ou péri-amygdalites ont du reste soulevé aussi de nombreuses discussions. En 1886, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, à propos d'une communication de M. Vergely sur les ulcérations de la carotide dans les abcès de ce genre, la question du siège de la suppuration a été très discutée. M. Vergely pense que l'inflammation se développe bien dans l'amygdale, mais elle se propage vite aux tissus voisins où s'établit la suppuration, de sorte

(1) *Breton*. Thèse de Paris, 1883.

que jamais pour lui l'amygdale elle-même ne se transformerait en une cavité purulente.

M. Devézac ne partage pas cette opinion et s'appuie sur deux cas qu'il a observés et dans lesquels le pus siégeait, dit-il, primitivement au centre de l'amygdale, mais M. Vergely dit que ces cas doivent être très rares, et il croit même que l'on peut facilement s'illusionner sur le siège véritable de la collection, qui doit être dans l'espace séparant la face externe de l'amygdale de l'aponévrose pétro-pharyngienne.

Dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux en 1894, MM. Gougenheim et Ripault ont repris cette question pour montrer que les deux cas peuvent exister, et qu'ils donnent lieu à des symptômes locaux très différents, qui doivent toujours permettre de poser un diagnostic précis après un examen soigneux.

Donc l'abcès péri-pharyngien est le plus souvent un phlegmon; c'est une infection microbienne, dont la porte d'entrée siège sur la muqueuse des amygdales du voile du palais et du pharynx.

Existe-t-il une espèce microbienne déterminée qui produise ces abcès ? non sans doute, le pharynx et les cavités buccale et nasale sont communément habités par une quantité de microbes divers, les uns parfaitement inoffensifs, peut-être utiles, les autres virulents ou susceptibles de le devenir dans des conditions variables.

La flore bactérienne du pharynx, encore très incom-

plète ne saurait donc nous renseigner ici. Deglaire (1), dans une thèse récente sur les inflammations chroniques du naso-pharynx et la pharyngothérapie, rappelle que les bactériologistes ont constaté la présence, dans le pharynx normal, des staphylocoques dorés et blancs, du streptocoque du coli bacille, du tetragenus, du micrococcus tenuis, du bacille pyocyanique, du leptothrix buccalis, du pneumocoque (Netter 1888), du bacille de Koch (Straus), du bacille de Loeffler même quelquefois (Tobiensen) (2). Mais il ne suffit pas de la présence d'un microbe dans le pharynx pour qu'une infection s'en suive fatalement. Les seuls faits qui puissent nous renseigner sur la nature microbienne de l'affection sont ceux dans lesquels on a pratiqué l'examen bactériologique complet du pus recueilli ; en relevant les faits de ce genre, on peut se convaincre que les abcès péripharyngiens, comme les autres abcès sont dus à des espèces microbiennes très variables.

Josserand (3) a rapporté un cas d'abcès rétro-pharyngien compliqué de pneumonie, et dans le pus duquel il a constaté d'une façon certaine, la présence du pneumocoque de Talamon-Frankel. Dans d'autres cas qui sont les plus nombreux, on a trouvé des staphylocoques, des streptocoques ou les deux associés.

(1) *Deglaire*. Th. de Paris, 1896, n° 104.

(2) *Tobiensen*. Nordisk méd. arch., mai 1892.

(3) *Josserand*. Abcès rétro-pharyngien aigu à pneumocoque compliqué de pneumonie. Province médic., 16 août 1890.

L'examen bactériologique qui a été pratiqué dans nos deux observations personnelles a donné du streptocoque et quelques staphylocoques dorés dans la deuxième observation, du staphylocoque doré et du staphylocoque blanc dans la première observation. Nous croyons que ces trois espèces bactériennes sont celles qui se rencontrent le plus souvent dans ces infections.

Mais comme nous le disions à l'instant, il ne suffit pas d'un microbe et d'une porte d'entrée ; pour permettre à l'infection de s'établir, il faut pour ainsi dire que l'organisme y consente, qu'il faiblisse en un point et offre aux agents septiques un terrain favorable à la culture et qui ne se défend plus suffisamment. C'est probablement ainsi que doit être comprise l'action du froid invoqué par les anciens auteurs. C'est aussi là sans doute l'explication de la fréquence plus grande des abcès péripharyngiens chez les sujets débilités par une maladie grave, une pyrexie, la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, etc. Parmi ces affections il en est une qui semble agir d'une façon toute spéciale comme cause prédisposante, nous voulons parler de la grippe, de l'influenza. Verneuil y a insisté ; M. Vilcoq (1) de Soissons, en a rapporté un cas bien typique en 1890 ; il s'agissait d'une femme de 27 ans qui fut prise d'une

(1) *Vilcoq*. Complication phlegmoneuse dans la convalescence de la grippe. Phlegmon latéro-pharyngien. Union médic. du Nord-Est. Juin 1890, t. XIV, n° 6, p. 209 et suivantes.

amygdalite pendant la convalescence de l'influenza et qui fit à la suite un adéno-phlegmon latéro-pharyngien, avec collection purulente remplissant l'espace maxillo-pharyngien et fusant un peu dans le tissu cellulaire de la gaine vasculo-nerveuse du cou. L'incision fut faite extérieurement et la malade guérit en quinze jours.

La scrofule, le lymphatisme, qui méritent d'être rangés aussi parmi les causes prédisposantes doivent agir également en affaiblissant les moyens de défense de l'organisme et en modifiant le terrain.





EVOLUTION ANATOMIQUE



L'abcès péripharyngien constitué, s'il est abandonné à lui-même, pourra présenter des évolutions anatomiques diverses suivant les cas et aussi suivant le siège.

Le plus souvent avons-nous dit de l'abcès rétro-pharyngien pointe sur la paroi postérieure du pharynx, tandis que l'abcès latéro-pharyngien tend plutôt à évoluer vers la peau ; mais si l'on n'intervient pas, l'évolution anatomique peut aller plus loin surtout chez l'adolescent et chez l'adulte, moins exposés que l'enfant à la mort rapide par asphyxie.

Les abcès rétro-pharyngiens peuvent fuser en bas, dans le tissu cellulaire qui double la paroi postérieure du pharynx et suivant la face antérieure de la colonne vertébrale et le tissu cellulaire péri-œsophagien, descendre jusque dans le médiastin. On conçoit toute la

gravité d'une semblable migration, heureusement peu fréquente.

L'abcès rétro-pharyngien peut aussi fuser vers les parties latérales et se portant en dehors, gagner vers la face latérale du cou, c'est dans ces circonstances que l'abcès viendra pointer sous le sterno-mastoïdien, soit près de son bord antérieur, soit près de son bord postérieur et réclamer une incision externe.

Il peut encore, mais beaucoup plus rarement, se propager vers la carotide interne à sa partie supérieure, et entraîner des ulcérations de ce vaisseau avec hémorrhagie mortelle.

Dans les phlegmons latéro-pharyngiens, la tendance habituelle du pus est de fuser vers l'extérieur ; il peut arriver assez souvent pourtant que la poche abcédée vienne faire saillie dans le pharynx ; c'est dans ces cas, comme le dit le professeur Tillaux, que la carotide et la jugulaire peuvent se trouver refoulées par le pus vers le pharynx et que l'on risque de les intéresser en incisant par la bouche.

On voit parfois des phlébites de la jugulaire (thèse de Didelot, Paris 1850 ; — thèse de Breton, 1883).

Les ulcérations de la carotide que nous avons dit être rarement la conséquence de l'abcès rétro-pharyngien sont au contraire loin d'être exceptionnelles dans la variété latéro-pharyngienne. M. Broca (1) insiste

(1) *Broca*. Abcès latéro-pharyngiens. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. IV, page 351.

avec juste raison sur ce point dans son article sur les abcès latéro-pharyngiens. Jacquemart (1), dans sa thèse et Lafont (2), signalent aussi cette complication; Vergely (3) a rapporté en 1886 un cas de perforation de la carotide interne chez un homme de 34 ans ayant un phlegmon de ce genre pour lequel il n'avait pas été soigné. Enfin, en 1894, M. Meslay (4) a présenté à la Société anatomique un exemple semblable que nous allons citer ici, parce qu'il présente un double intérêt à cause d'une ouverture de l'abcès dans l'oreille sur laquelle nous reviendrons à l'instant.

OBSERVATION DE M. MESLAY.

P... L..., âgé de 5 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 9 novembre 1894, salle Lugol, lit n° 2, service du docteur Sevestre. Ses parents le conduisent à l'hôpital pour un écoulement de l'oreille droite. Enfant vigoureux, n'ayant aucun antécédent.

L'histoire de la maladie actuelle remonte au 1^{er} novembre. Ce jour-là, l'enfant prit froid sur l'impériale

(1) *Jacquemart*. Thèse de Paris, 1872, n° 8.

(2) *Lafont*. Thèse de Montpellier, 1890-91.

(3) *Vergely*. Bull. et Mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1886.

(4) *Meslay*. Bull. de la Soc. anat. de Paris, décembre 1894, p. 948 et suivantes.

d'un tramway ; le lendemain, il se plaint de la gorge ; la dysphagie est extrême et la déglutition de la salive même est très douloureuse.

Gonflement du cou, fièvre, abattement, céphalalgie. Au bout de deux jours, le tout s'aggrave, l'appétit revient. L'enfant reste simplement fébrile, le soir, avec agitation nocturne.

Le 8, sans douleur, l'oreille droite commence à couler ; c'est d'abord un écoulement de sang, dit le père, d'ailleurs très léger, pendant vingt-quatre heures : quelques taches sur l'oreiller.

Le 9, du pus se mélange au sang et finit par remplacer l'écoulement sanguin primitif.

Le 10, à l'examen, l'enfant ne présente absolument rien dans les appareils.

Pas de fièvre, 37°2. Ni albumine ni sucre dans les urines. La gorge est de teinte normale, avec les amygdales assez volumineuses. Il est facile de constater l'écoulement ; gouttes de pus avec trace de sang.

Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont engorgés, bien séparés les uns des autres. Douleur vive à la palpation. De plus, la pression fait sourdre à l'orifice du conduit auditif externe deux ou trois gouttes de liquide purulent. D'autre part, quand on fait souffler le petit malade, en lui faisant fermer la bouche et en pinçant les narines, on ne constate aucun signe de perforation du tympan.

L'ouïe est conservée dans toute son intégrité. Aucun changement de la région mastoïdienne. On ordonne : lavage de la gorge à l'eau phéniquée.

Injectons boriquées dans l'oreille suivies d'instillations de glycérine phéniquée.

Le 11, pas de fièvre. Aucun symptôme général. Dans la nuit, l'enfant a perdu un peu de sang par l'oreille.

Le 12, brusquement, la nuit, apparition d'épistaxis abondantes. Le sang est avalé et rendu, partie par vomissements (hématémèse abondante), partie par les selles (méloëna très abondant). Température : 37°2; facies décoloré, abattement général. Pouls très rapide, misérable.

Le toucher du pharynx reste négatif : on ne sent ni poche fluctuante ni végétation adénoïde. Injection sous-cutanée de 80 centimètres cubes de sérum artificiel (formule de M. Hayem). Lavages du nez et de l'oreille avec solution concentrée d'antipyrine.

Tamponnement antérieur des fosses nasales avec gaze salolée. Injection de 2 centimètres cubes d'ergotine (trois injections).

Dans la journée : bouffissure du visage, céphalée, état comateux ; cessation de l'écoulement.

Le 13, dans la nuit, reprise des hémorrhagies ; épistaxis, expulsion de sang et de caillots par la bouche. Hématémèse abondante. Ecoulement sanguin très abondant par l'oreille.

Au moment de la visite, l'enfant est absolument décoloré. Abattement extrême, malgré la cessation des hémorrhagies.

M. Sevestre prie M. Boulay, ancien interne du service, d'examiner le pharynx du malade et l'oreille.

Absence de toute production pharyngienne : polype ou adénoïde. L'intégrité de la membrane du tympan est constatée par le spécialiste. On remarque que la pression des ganglions de l'angle de la mâchoire est suivie de l'expulsion par le conduit auditif externe de sang et de pus en quantité notable. M. Broca est appelé d'urgence et une opération immédiate est décidée pour parer à l'hémorrhagie, car l'enfant est au plus bas.

Opération à 10 heures et demie. L'incision porte au niveau des ganglions. Trois d'entre eux sont enlevés. On tombe alors sur une poche large, remplie partie de sang, partie de pus. Une artère est liée et, comme l'enfant est pris de syncope, on tamponne la poche à la gaze iodoformée. Le sang s'était, au moment de l'intervention, écoulé en grande abondance par la bouche et par le nez. Environ 250 centimètres cubes de sérum artificiel sont injectés sous la peau. Une injection intra-veineuse est ensuite pratiquée. A deux heures de l'après-midi, mort par syncope.

Autopsie faite 26 heures après la mort. Rien à noter pour le cœur, les reins, le foie, la rate et les poumons. Tous ces viscères sont sains. Estomac rempli de sang noirâtre ainsi que le duodénum. On retrouve du sang en grande abondance dans toute la longueur du gros intestin, en particulier dans le cæcum. Cerveau pâle anémié.

Aucun liquide dans les ventricules. Rien dans les sinus.

Examen local. — L'incision a porté en avant du

sterno-cléido-mastoïdien au niveau de l'angle de la mâchoire. Ce muscle est alors désinséré de ses attaches inférieures.

On voit toute la chaîne des ganglions carotidiens volumineux sans adhérence au tissu cellulaire. La ligature a porté sur la seule artère carotide interne. L'artère carotide externe est en avant facile à disséquer jusqu'à ses branches de terminaison.

Une coupe verticale des os de la tête est pratiquée de façon à passer juste en arrière de la paroi postérieure du pharynx.

L'examen de la pièce permet de voir sur la paroi postérieure du pharynx, dans sa partie supérieure et droite, une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, remplie de caillots noirâtres faciles à enlever.

C'est l'orifice interne d'une poche qui remplit tout l'espace maxillo-pharyngien.

Cette poche est pleine de caillots ; elle descend à sa partie inférieure jusqu'à l'union du tiers supérieur, et du tiers moyen des muscles scalènes, en avant desquels elle fuse. A sa partie la plus déclive, le sang est mélangé de pus.

A sa partie supérieure, l'artère carotide interne, au niveau de son entrée dans le crâne, est entourée d'un mélange de caillots et de pus.

La pièce ainsi préparée, on pousse une injection colorée.

Dans le tronc de la carotide primitive, l'eau passe dans la carotide externe et on la voit sortir par des

branches terminales et collatérales de l'artère sans fuser dans la poche.

2° Pour la carotide interne, la matière à injection est poussée par un orifice pratiqué au-dessus de la ligature opératoire.

Elle ressort au niveau de la base du crâne de façon à remplir la cavité purulente et cela avant que l'on ait commencé toute dissection à ce niveau, avant tout enlèvement des caillots qui encombrant cette partie de la poche.

Un stylet mousse et flexible est alors porté dans la partie supérieure de la poche et pénètre sans la moindre pression dans la profondeur du conduit auditif externe.

Avec une pince introduite par ce conduit il est facile de le saisir et de l'attirer au dehors. Un trait de scie est porté sur le rocher et tombe dans l'oreille moyenne : aucune trace d'inflammation. La chaîne des osselets est intacte. Pas la moindre parcelle de pus ; la membrane du tympan est saine.

Enfin l'enlèvement des caillots et la dissection de la carotide interne permet de reconnaître la présence d'une large ulcération à sa partie toute supérieure, immédiatement avant sa pénétration dans le rocher.

Cette observation nous conduit à parler d'une évolution anatomique peu fréquente, mais qu'il est cependant important de connaître pour ne pas se laisser induire en erreur, c'est l'ouverture de l'abcès dans le conduit auditif externe. Comment comprendre ce fait

singulier ? l'étude du développement du conduit auditif externe nous en rend parfaitement compte, comme l'a démontré M. Mayet (1)

Le conduit auditif externe (osseux) se développe supérieurement aux dépens de la portion inférieure de l'écaille temporale. Le reste se développe aux dépens du cercle tympanal, cercle incomplet en haut et qui présente trois points d'ossification, deux supérieurs, antérieur et postérieur, un inférieur ou moyen. — Les points antérieur et postérieur réunis par une membrane se développent en cheminant à la rencontre l'un de l'autre ; mais de leur réunion incomplète, résulte un orifice qui persiste jusqu'à l'âge de 3 ans, quelquefois même plus tard (Sappey) sur la paroi inférieure du conduit. Chez l'adolescent et l'adulte par suite du changement dans la direction de l'ossification des points antérieur et postérieur de l'anneau tympanal. Cet orifice se trouve situé sur la paroi antérieure, segment retroglassérien de la cavité glénoïde (Mayet). Cet orifice qui est circonscrit par un cadre osseux appartenant en majeure partie au point antérieur de l'os tympanal, se trouve toujours situé en dehors de la membrane du tympan.

La collection purulente de l'abcès latéro-pharyngien peut aussi fuser vers d'autres points ; elle peut descendre en suivant la gaine celluleuse du paquet vas-

(1) *Mayet*. Société anat. de Paris, décembre 1894.

culo-nerveux du cou, faisant participer à la suppuration la chaîne ganglionnaire carotidienne.

Elle peut produire de vastes décollements allant jusque vers la nuque. Enfin elle peut intéresser les ganglions qui se portent en avant vers la partie antérolatérale de l'os hyoïde du larynx et de l'extrémité supérieure de la trachée.

Là le gonflement n'est pas toujours considérable ; le pus bridé par les aponévroses cervicales superficielle et moyenne, près de se fusionner sur la ligne médiane pour former la ligne blanche cervicale, gagne plutôt dans la profondeur (Obs. II).

On voit donc que l'évolution anatomique de l'abcès péripharyngien, différente suivant les cas, justifie elle aussi le plus souvent la division des ganglions et des adéno-phlegmons en latéraux et postérieurs.





SYMPTOMES



Nous ne ferons ici que rappeler rapidement les symptômes qui caractérisent les deux groupes d'abcès péripharyngiens ; ils sont connus d'ailleurs et ont été fort bien exposés par tous les auteurs classiques.

Abcès rétro-pharyngiens. — Tout d'abord on assiste presque toujours à une première période « angineuse » comme l'a nommée Gautier (de Genève) ou à un coryza plus ou moins prolongé, surtout chez les enfants à la mamelle. — Au bout d'un temps variable, les ganglions sont infectés et l'évolution commence revêtant deux formes, aiguë ou subaiguë.

Dans la forme aiguë, la plus commune, le début est brusque avec frissons, fièvre, convulsions parfois, vo-

misements et céphalalgie. Ensuite paraissent les symptômes fonctionnels d'une angine intense, avec exagération de la douleur dans les mouvements de la tête, et dyspnée plus accentuée que ne le comporte un mal de gorge ordinaire. La gorge, rouge, présente une tuméfaction asymétrique sur la paroi postérieure du pharynx; le doigt y révèle un empâtement non fluctuant.

Jusqu'alors il n'y a qu'adénite et la terminaison par résolution, pour être rare, est encore possible. — Si l'évolution continue comme c'est la règle, la douleur augmente, la voix change de timbre, la dysphagie s'établit et la dyspnée, de plus en plus accentuée avec tirage et souvent crises de suffocation, rend l'asphyxie menaçante. Les mâchoires contractées rendent difficile l'examen de la gorge à la vue; on l'aperçoit cependant écarlate. Au toucher, on sent, cette fois, une masse rénitente au milieu d'un empâtement diffus, et en ce point précis on peut percevoir le choc en retour affirmant la collection liquide.

L'état général est la plupart du temps inquiétant et la température entre 39° et 40°.

Dans la forme subaiguë, la période angineuse dure plus longtemps, la période d'adénite évolue et semble se terminer par résolution lorsque la suppuration survient tardivement, quelquefois après plusieurs semaines.

Abscès latéro-pharyngiens. — Dans ceux-ci, la dyspnée est bien moins accusée, mais les convulsions,

les vomissements et le trismus y prédominent. Le gonflement paraît à la partie supérieure et latérale du cou ; par la bouche, on voit la gorge rouge et gonflée, surtout d'un côté ; l'amygdale est refoulée en dedans, mais beaucoup moins que dans le phlegmon amygdalien. Le doigt sent, par la bouche, une tuméfaction en arrière et en dehors de l'amygdale ; si l'on palpe en même temps la région de l'angle de la mâchoire, on a de la fluctuation. C'est dans ces cas qu'il faut avoir soin de chercher les battements de la carotide interne par le palper pharyngien, dans le cas où l'artère aurait été refoulée par la collection.

Quand les phlegmons latéro-pharyngiens gagnent vers les parties antéro-latérales du larynx et de l'extrémité supérieure de la trachée, on a généralement du tirage avec des phénomènes dyspnéiques très développés.

Il en est de même dans les cas mal connus de phlegmon développé entre la face postérieure du larynx et le pharynx, mais leur origine est peut-être plus souvent laryngée.





OBSERVATIONS

— 99 —

OBSERVATION I (Personnelle).

Raoul V..., âgé de 15 mois, est conduit à la consultation de l'hôpital Trousseau, le 9 janvier 1896.

Les renseignements fournis par les gens qui l'apportent, et ne sont point ses parents, sont à peu près nuls. Ils affirment cependant que l'enfant était très bien il y a un mois ; depuis vingt jours, il aurait de la peine à respirer et à avaler. Vu par un médecin depuis quinze jours. Un mot du médecin porte le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien.

Actuel. — Le petit malade attire de suite l'attention par des accès de suffocation répétés. A la simple inspection, on voit le côté droit de la région supérieure du cou extrêmement tuméfié et soulevé par une masse oblongue, dirigée en bas et en avant ; cette tumeur soulève le bord antérieur du sterno-mastoidien dans son tiers supérieur et va jusqu'à l'angle de la mâchoire en avant, son volume est au moins celui d'une mandarine. Autour il y a de l'œdème du cou, et la peau est un peu rouge. A la palpation, on constate la fluctuation des plus nettes et la douleur à la pression et dans les mouvements de la tête.

Par la bouche, rougeur de la gorge, tuméfaction irrégulière comme une très grosse noix sur le côté droit du fond du pharynx ; fluctuation et transmission du flot au dehors.

Incision par la voie externe, le long du bord antérieur du sterno-mastoidien, au point déclive et fluctuant. Il s'écoule une incroyable quantité de pus vert et très fétide.

L'abcès vidé, on ne sent plus rien dans le pharynx. Drainage, pansement iodoformé.

13 janvier. L'enfant va très bien, il ne souffre plus du tout, se nourrit bien et respire librement. Les pansements sont continués.

15 janvier. On raccourcit le drain.

Depuis on l'a enlevé, l'abcès s'est très rapidement comblé et, le 27 janvier, la guérison était complète.

L'examen bactériologique du pus, recueilli dans une pipette stérile, a montré qu'il contenait des staphylocoques dorés et des staphylocoques blancs. (Lamelles. Cultures.)

OBSERVATION II (Personnelle).

Louis A..., 3 ans 1/2, entré à l'hôpital Trousseau, le 9 janvier 1896. Pavillon des douteux, service de M. le docteur Comby.

Antécédents. — Cet enfant est né à terme, respirant mal ; on a dû lui faire de la flagellation pendant une demi-heure. Elevé au sein jusqu'à 2 ans 1/2, cet enfant est très sujet aux spasmes glottiques, il aurait été pris d'accès de suffocation tous les quatre ou cinq mois. On le traitait par des potions calmantes.

Pas de rachitisme, l'enfant a eu la rougeole douze jours avant son entrée dans le service.

Le 4 janvier, il a été pris d'un accès de suffocation qui a duré cinq heures ; depuis lors, il en aurait eu une dizaine.

Etat actuel. — Le petit malade est pâle, les yeux un peu bouffis, il tire fortement, avec double dépression et saillie, des veines du cou. L'inspiration est sonore, allongée et très pénible, l'expiration est éteinte et sifflante, 42 expirations par minute ; la voix est presque complètement éteinte.

On ne voit absolument rien qu'un peu de rougeur à l'examen de la gorge.

Traitement. — Bains sinapisés, compresses chaudes autour du cou, vaporisations, 1 gramme d'antipyrine, valérienate d'ammoniaque 10 gouttes.

A 1 heure du matin, tirage extrême, cyanose, asphyxie menaçante. Tubage (1) d'urgence, grand lavage, potion avec du bromure de potassium, du chloral, de la belladonne. Les cultures de la gorge ne donnent pas de bacille diphtérique.

13 janvier. Détubage. Suffocation, obligation de retuber immédiatement.

15 janvier. Détubé, retubé d'urgence, menaces d'asphyxie, quelques râles bronchiques. Bain sinapisé.

16 janvier. Détubage, huile mentholée. Calmé relatif jusqu'au 17. Retubage d'urgence.

19 janvier. Détubé, retubé immédiatement. On s'aperçoit d'une petite tuméfaction sur le côté gauche du cou, près de l'union de la trachée et du larynx. Cette tumeur semble profonde ; elle n'est pas manifestement fluctuante

20 janvier. Œdème autour de la région tuméfiée, qui a un peu augmenté de volume, a franchi la ligne médiane en avant des

(1) Les tubages et détubages ont tous été faits par M. Bayeux interne du service.

voies respiratoires et forme comme une seconde bosselure sur le côté droit. Fluctuation à peu près nette, peu de rougeur. A 11 heures 1/2, incision à gauche au point fluctuant, le plus bas possible ; issue d'une quantité de pus au moins triple de ce que le volume de l'abcès eût permis de supposer. On sent un prolongement de la poche en haut et en dedans vers la paroi latérale du pharynx. Drainage, pansement iodoformé.

21 janvier. Détubage ; on porte avec la seringue de Bayeux un peu d'huile cocaïnée. Cette fois l'enfant reste très bien sans tube.

La température, qui avait oscillé entre 39° et 40°, tombe à 37° le 23 janvier, pour y rester. La voix, un peu voilée d'abord, revient peu à peu. L'état général se relève.

Depuis, les pansements ont été continués et les suites ont été simples. Le 1^{er} février, le malade sort guéri.

Examen bactériologique du pus. — Le pus de cet abcès contenait quelques staphylocoques dorés et du streptocoque virulent en abondance. L'inoculation du streptocoque à un lapin a donné un abcès à streptocoques.

Remarque. — En somme, dans cette observation, on voit qu'il s'agissait d'un abcès péripharyngien ayant fusé en bas et en avant, d'où les symptômes dyspnéiques graves, chez un sujet d'ailleurs nerveux. Le tubage ne faisait donc que combattre un symptôme et non la cause ; et, sans doute, les accidents respiratoires eussent cédé plus tôt, si l'on avait eu l'attention attirée plus vite vers cet abcès péripharyngien, qu'on avait méconnu.

OBSERVATION III (1)

Léonie D..., âgée de 8 mois, entre le 12 octobre 1892, à l'hôpital Trousseau, salle Bouvier, n° 18. Service de M. le docteur Legroux.

L'enfant élevée au biberon, était devenue maussade depuis trois ou quatre jours, elle pleurait souvent et n'avait plus son entrain ordinaire. Dans la nuit du 11 au 12 octobre, elle fut prise d'un accès d'étouffement. La mère l'attribuant au croup, conduit l'enfant à l'hôpital le 12 octobre au matin; l'admission est faite d'urgence et la petite malade placée au pavillon d'isolement de la diphtérie. Ce même jour, M. Legroux examinant l'enfant, remarque que la voix n'est pas éteinte et que la toux n'est pas rauque; cependant il y a du tirage sous sternal assez intense.

A l'examen de la gorge, on ne trouve pas trace de fausses membranes, mais on constate une rougeur assez vive, et comme une saillie une légère proéminence en avant du fond du pharynx, surtout à gauche, entre l'amygdale gauche et la luette. Au toucher, cette tuméfaction est molle et fluctuante, le doigt qui la presse perçoit nettement le choc en retour, et on ne sent pas à ce niveau la face antérieure dure et résistante des premières vertèbres cervicales comme au palper d'un pharynx sain.

D'autre part, sur le côté latéral gauche du cou, il existe une masse assez volumineuse faisant une saillie notable et bien nette.

(1) Nous devons cette observation et les suivantes à la bienveillance de M. le docteur Broca, notre maître.

M. Legroux pense qu'il s'agit alors d'un abcès rétro-pharyngien.

M. Broca, appelé pour examiner l'enfant, partage cet avis et ouvre le matin même l'abcès avec un bistouri garni de diachylon à la partie inférieure de la lame. Il s'écoule un flot de pus verdâtre.

Cette incision est suivie de fréquents lavages de la bouche avec de l'eau boriquée chaude.

13 octobre. La dyspnée a complètement disparu et avec elle le tirage sous-sternal.

Du 13 octobre jusqu'au 25, l'enfant va bien et ne présente rien de spécial.

25 octobre. Apparition d'abcès multiples, siégeant sur l'abdomen, sur les fesses, au cuir chevelu. Ces abcès sont largement ouverts et isolés, avec des pansements au collodion. La température qui jusque-là était restée normale, monte à 38° et à 38°2. A la suite, l'enfant commence à maigrir.

10 novembre. L'amaigrissement ne cesse de progresser depuis l'apparition des abcès, qui continuent à se former partout sous la peau. En même temps apparaît sur les jambes une éruption de pustules d'echtyma.

12 novembre. L'état général devient de plus en plus mauvais. La température est à 38°3. Diarrhée intense et rebelle.

14 novembre. Décès.

Autopsie.— Le 15 novembre, à l'autopsie, on ne trouve rien dans les viscères : pas d'abcès métastatiques, pas de tuberculose nulle part, pas de méningite. Les abcès siègent seulement sur la peau.

Du côté du pharynx examiné avec soin, tout semble complètement guéri.

(Cette observation a été recueillie par M. Louis

d'une mastoïdite comme celles décrites par Bezold et accompagnées d'abcès cervical profond.

27 avril. On décide une intervention. Incision cleïdo sterno-mastoïdienne supérieure. On entre dans le conduit auditif qui est sectionné, et on n'y trouve rien d'anormal. L'apophyse mastoïde n'est dénudée nulle part ; elle ne paraît pas enflammée et semble absolument saine. Aucun foyer péripharyngien bien net n'étant senti, on en reste là, après avoir fait un tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée.

28 avril. Dans la journée l'abcès s'est ouvert et vidé spontanément par le pharynx. La dyspnée, la douleur, la dysphagie ont notablement diminué.

Les suites furent fort simples et le petit malade guérit complètement.

OBSERVATION VII

Eugène D..., âgé de 6 mois, est apporté le 3 septembre 1893 à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Antécédents. — Le père et la mère sont bien portants ; une autre enfant est malade, mais elle n'est pas née du même père. Quant à notre malade, il n'a jamais rien eu jusqu'ici.

Histoire actuelle. — Il y a dix jours environ, la mère s'est aperçue que l'enfant portait au niveau de la partie supérieure et latérale du cou, dans la région sterno-mastoïdienne supérieure, une tuméfaction. En même temps, il avait de la fièvre assez vive et s'arrêtait à plusieurs reprises, d'une façon brusque au milieu d'une tétée, semblant gêné pour avaler.

Trois ou quatre jours plus tard, des accès de suffocation ont commencé à paraître, de plus en plus accusés, survenant jusqu'à cinq ou six fois par jour. La voix est très enrouée.

Le 3 septembre, on constate, à l'examen du malade, une tuméfaction surtout marquée à droite dans le pharynx. Cette tumeur descend assez bas, jusqu'au voisinage du niveau de l'orifice supérieur du larynx. L'exploration au doigt ne permet de sentir en aucun point une fluctuation bien caractérisée, mais au centre de la tuméfaction, on perçoit avec netteté un point dépressible. A ce niveau, on pratique une incision verticale, longue au moins de trois à quatre centimètres; par cette ouverture, il s'échappe de petits grumeaux purulents, mais pas de pus liquide bien collecté.

Lavages répétés de la gorge à l'eau boriquée tiède.

Le 7 septembre. L'enfant, depuis son opération, a été revu tous les jours, et l'incision a été maintenue béante par l'introduction du doigt. La suppuration a été abondante, disent les parents.

Depuis l'opération, les accès de suffocation spontanée ont complètement cessé, mais il persiste quelquefois un peu de toux au moment des têtes.

10 septembre. L'enfant continue à venir chaque jour à la consultation se faire laver largement la gorge; il persiste un petit cul-de-sac ouvert à la partie inférieure de l'abcès, et un peu de pus s'y accumule: ce cul-de-sac est situé très bas, derrière le larynx.

Peu à peu, l'état général s'améliore; de jour en jour l'enfant semble moins souffrir et avale mieux. Il n'y a plus de troubles locaux, et la guérison peut être considérée comme complète et on cesse de conduire le malade à l'hôpital.

OBSERVATION VIII

Pauline V..., âgée de 11 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle

Giraldès, service du docteur Lannelongue, M. Broca assistant, le 27 avril 1895.

Antécédents. — Cette enfant a été amputée de l'amygdale droite, il y a 4 ans, à l'hôpital Trousseau. Au mois de septembre 1894, a été opérée pour des végétations adénoïdes du pharynx. Au mois de novembre 1894, on l'examine de nouveau et l'on voit qu'il est resté des tumeurs adénoïdes en haut et à gauche, on les opère.

Actuellement, l'enfant présente une tuméfaction considérable de l'amygdale gauche et du pilier du voile du palais; cette tuméfaction date de quatre jours, et en avant de l'amygdale, on voit une bosselure recouverte d'un enduit blanc jaunâtre; l'enfant souffre beaucoup, elle ne peut avaler sans de vives douleurs, et elle a des accès de suffocation assez marqués, surtout pendant le sommeil. La douleur se propage jusque vers l'oreille gauche. Au palper, on sent une tuméfaction rénitente, avec un point dépressible en haut, entre l'amygdale et le pilier antérieur, près du point où celui-ci se jette sur le voile du palais.

On incise l'abcès au bistouri garni de diachylon, après anesthésie au bromure d'éthyle. L'ouverture donne issue à une collection purulente abondante et fétide, de couleur verdâtre.

Les accès de suffocation et les douleurs ont disparu, ainsi que la suffocation et la malade sort guérie. Examinée au point de vue des adénoïdes du pharynx, on n'en sent plus nulle part.

OBSERVATION IX

D. B..., 30 ans (observation recueillie en ville et due à l'obligeance de M. le Dr Broca), 21 avril 1894.

Cet homme était d'une bonne santé habituelle, quand il a été pris il y a trois semaines d'une scarlatine maligne assez anor-

male, comme signes et comme évolution, mais aujourd'hui bien évidente par la desquamation typique. Le diagnostic difficile au début était longtemps resté hésitant. Dès le début de la maladie, l'angine avait été très forte, surtout du côté droit, et s'était accompagnée de gonflement des ganglions correspondants.

Il y a dix jours environ, le malade commence à aller notablement mieux ; il a eu une série de clous qui tous se sont bien cicatrisés, sauf un siégeant à la région trochantérienne gauche. A ce niveau, il se forme un abcès qu'un médecin a ouvert par une simple moucheture, insuffisante pour donner une évacuation complète de la poche purulente ; à la suite les pansements furent faits chaque jour par une garde-malade et constitués par de la gaze au salol maintenue avec une serviette en cravate.

Depuis quatre ou cinq jours, le ganglion cervical s'est gonflé considérablement à droite, et est devenu le siège de douleurs très intenses.

Le 11 avril, on constate un adéno-phlegmon des plus nets. Il n'y a pas encore de fluctuation certaine. Le gonflement occupe toute la moitié supérieure de la face latérale du cou.

A 5 heures du soir, on fait une incision sterno-mastoïdienne au point déclive, puis avec la sonde cannelée, ouverture de l'abcès qui donne issue à une énorme collection de pus.

Le doigt introduit à toute longueur dans la plaie permet de constater que la poche purulente remonte jusque dans le triangle maxillo pharyngien. Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans la cavité de l'abcès, pansement iodoformé. L'opération a été faite sous le chloroforme que le malade a très bien supporté.

23 avril. On examine l'abcès de la région trochantérienne et on constate un décollement inférieur allant jusqu'à 8 ou 10 centimètres. Cet abcès sous-cutané contient beaucoup de pus.

Rénou, alors interne du service de M. le docteur Legroux.)

En somme, cette enfant, après avoir eu un abcès rétro-pharyngien ayant commencé à fuser vers la partie latérale du cou, a guéri de cet abcès et a succombé ensuite à une affection secondaire avec abcès multiples.

OBSERVATION IV

Marguerite D..., âgée de 28 mois. Consultation de l'hôpital Trousseau, 24 juillet 1893.

Antécédents. — Le père et la mère de l'enfant sont vivants et bien portants; cinq autres enfants jouissent d'une bonne santé; un autre est mort en bas âge de convulsions.

Cet enfant, élevée au biberon, aurait eu une série de furoncles au cuir chevelu et un abcès au niveau de l'épaule. Au commencement du mois de juillet, elle a eu de la diarrhée pendant quelques jours; puis elle a présenté de la fièvre à la suite pendant une quinzaine de jours.

Depuis huit jours environ, la mère s'est aperçue que l'enfant était un peu gênée en respirant et ronflait en dormant; de plus, la déglutition était gênée, et chaque fois qu'elle voulait boire la petite malade avalait de travers. Toutefois, elle n'avait jamais eu d'accès de suffocation véritable, ni de tirage manifeste.

Depuis, tous ces symptômes n'ont fait qu'augmenter.

24 juillet. *Etat actuel.* — A l'examen, on constate au fond de la gorge la présence d'une tumeur volumineuse, molle, rénitente et donnant la sensation du choc en retour à la pression. Cette tumeur occupe la moitié droite du pharynx et dépasse la ligne médiane pour empiéter du côté gauche. A gauche, la

tumeur est peu étendue et bien nettement limitée ; du côté droit, au contraire, le volume est de beaucoup supérieur et la tuméfaction très étendue est mal délimitée, surtout inférieurement, où il est impossible d'apprécier exactement ses limites.

Entre le doigt introduit dans la gorge et la main explorant la région sterno-mastoidienne supérieure vers l'angle du maxillaire inférieur, on ne sent ni tumeur ni empâtement profond. L'abcès refoule fortement l'amygdale droite et le voile du palais.

Le jour même, on incise cet abcès par la voie buccale avec un bistouri garni de diachylon. L'incision faite est verticale. Il s'écoule une grande quantité de pus verdâtre et extrêmement fétide.

Les suites furent des plus simples ; les troubles de la respiration et de la déglutition disparurent de suite, et la malade fut rapidement guérie d'une façon parfaite.

OBSERVATION V

Julien G..., âgé de 14 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers dans le service du docteur Lannelongue, M. Broca assistant, le 17 août 1893.

Antécédents. — Cet enfant a eu l'année précédente, au mois d'août un abcès péri-amygdalien du côté droit, qui a été incisé et a bien guéri.

Histoire actuelle. — Mercredi dernier il a commencé à souffrir de la gorge, mais cependant il pouvait encore manger et déglutir sans trop de douleur.

Le jeudi matin, la douleur est plus vive, l'enfant ne peut rien avaler.

Pas de frisson initial, pas de fièvre vive.

Etat actuel. — Le 18 août, à l'examen de la gorge, on

constate de la rougeur surtout accentuée au niveau du pilier antérieur du voile du palais ; ce pilier est en outre déformé, volumineux et tendu, il tait saillie dans la bouche, sous forme d'une tumeur assez grosse à contours mal délimités.

Le doigt promené doucement sur la tumeur permet de sentir assez nettement un point dépressible, allongé en forme de boutonnière ; on a une sensation analogue à celle que donne le doigt promené sur le lobule du nez, les cartilages laissant une boutonnière longitudinale dépressible.

Au repos, l'enfant ne souffre pas, mais la moindre tentative de déglutition, même pour avaler la salive, réveille de vives douleurs ; il va sans dire que le malade ne peut absolument pas manger et qu'il ne boit que très difficilement.

L'exploration de la gorge avec le doigt n'est pas trop douloureuse.

Les ganglions sous-maxillaires sont un peu tuméfiés et douloureux à la pression.

12 août. Au niveau du point dépressible bien senti avec le doigt on ouvre l'abcès au bistouri garni de diachylon et par la voie buccale. Il s'écoule une grande quantité de pus très fétide. Lavages fréquents de la bouche avec une solution tiède de chloral à 2 pour 100.

20 août. La température qui n'avait cessé d'osciller entre 38° et 39° tombe à 37°. La dyspnée, la dysphagie ont complètement disparu et le malade ne souffre plus et avale facilement. Il sort guéri.

OBSERVATION VI

Henri C..., âgé de 9 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, service du professeur Lannelongue, M. Bröca assistant, le 26 avril 1894.

Cet enfant est conduit par sa grand'mère qui ne fournit que des renseignements fort peu précis.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère délicate de la poitrine.

Antécédents personnels. — Elevé au biberon, cet enfant était dans un bon état de nutrition jusqu'il y a un mois ; mais il dormait mal et avait parfois de la difficulté à respirer.

Histoire actuelle. — Il y a un mois, le petit malade eut une angine aiguë, puis les parents s'aperçurent qu'il portait au dessous de l'oreille une grosseur qui augmenta progressivement depuis. Cette tuméfaction avait la forme d'une *grosse veine* dit la grand'mère. Il y a huit jours, l'abcès s'est ouvert spontanément dans l'oreille.

L'état du malade ne s'étant nullement amélioré depuis cette évacuation de pus, les parents consultèrent un médecin de la localité qu'ils habitent ; celui-ci refusa d'intervenir et conseilla de conduire l'enfant à l'hôpital Trousseau.

Le 26 avril, M. le docteur Broca examine l'enfant et constate qu'il respire encore assez mal, mais mieux cependant que la veille ; il a une toux rauque un peu croupale.

Il existe un écoulement purulent par l'oreille droite ; la pression sur la partie supérieure du cou, derrière l'angle de la mâchoire, fait sourdre du pus en assez grande abondance par le conduit. De ce même côté droit, en examinant la gorge, on voit l'amygdale et le pilier antérieur du voile du palais augmentés de volume œdématisés et couverts d'une véritable couenne pseudo-membraneuse blanche, autour d'une ulcération située sur le pilier antérieur, près du point où il se perd dans le voile du palais. Au toucher, on sent nettement une tuméfaction assez dure, on se demande quelle est l'origine de cette suppuration qui s'écoule par le conduit auditif, et on songe à la possibilité

24 avril. Le soir on débride ce décollement à ciel ouvert sur la sonde cannelée. Pansement à la gaze salolée.

25 avril. Pansement du cou, on met un drain à la place de la mèche iodoformée, il s'écoule encore beaucoup de pus qui est retenu derrière.

27 avril. Pansement de l'abcès trochantérien.

29 avril. Pansement de l'abcès du cou, cette fois il y a peu d'écoulement purulent.

31 avril. Angine légère du côté gauche. De ce côté apparaît tout de suite un ganglion engorgé dans la région sterno-mastoïdienne correspondante, vers la partie moyenne.

Les jours suivants le ganglion augmente progressivement de volume. Les tissus environnants sont empâtés, et il survient quelques douleurs nocturnes, mais qui n'ont pas nettement le caractère lancinant. Pas de torticolis.

4 mai. La région est œdématiée vers la partie supérieure et au centre de la tuméfaction le doigt s'arrête comme dans un godet. L'incision proposée par M. Broca est remise au lendemain.

5 mai. A 11 heures 1/4, incision longitudinale sur le bord postérieur du sterno-mastoidien au centre du gonflement, avec la sonde cannelée on évacue environ un dé à coudre de pus très épais. Drainage. En même temps on fait une incision de 3 centimètres sur un décollement nouveau qui s'est produit à la partie inférieure de la cuisse. Le décollement précédent a bien guéri, mais à ce niveau les bourgeons charnus sont d'un rose assez terne. L'adéno-phlegmon du côté droit du cou va très bien.

6 mai. Le malade souffre encore beaucoup en avalant.

7 et 8 mai. Souffre moins ; mais il y a toujours autant d'empâtement sur la partie supérieure du sterno-mastoidien. Respiration bonne.

9 mai. Œdème net dans le creux sus-claviculaire. Incision sur

le bord antérieur du sterno-mastoïdien (au tiers inférieur), on trouve de l'infiltration diffuse sous le muscle; pas de ganglions, ni de foyer purulent. Drainage, pansement humide. Suintement considérable pendant 36 heures.

11 *mai*. Le malade souffre moins, la clavicule se dessine, la pression est peu douloureuse.

18 et 20 *mai*. Ablation des drains. La plaie bourgeonne bien et diminue rapidement.

3 *juin*. Otite moyenne aiguë très douloureuse du côté gauche.

4 *juin*. Aggravation, la paracenthèse du tympan donne du liquide non purulent, pansement sec.

5 *juin*. Douleur vive, écoulement purulent.

6 *juin*. Douleur mastoïdienne.

7 *juin*. Ecoulement purulent abondant (douches d'air). Douleur de plus en plus vive à la pointe de la mastoïde. Œdème rétro-auriculaire bien net, oreille un peu décollée. Un peu de torticolis. Souffrances modérées.

8 *juin*. Va mieux, l'œdème a diminué, les douleurs sont bien moins vives; la mastoïde est encore sensible à la pression.

30 *juin*. Convalescence. Plaies cicatrisées. Pansements bori-
qués secs à l'oreille.

Guérison.





DIAGNOSTIC



Nous ne voulons pas faire après les auteurs le diagnostic avec toutes les affections que peuvent simuler les abcès péripharyngiens. Nous ne saurions que répéter ce qui a déjà été dit à ce sujet et que tout le monde connaît ; pour ces diagnostics, nous renvoyons donc aux ouvrages classiques.

Nous voudrions seulement insister sur un diagnostic peu fréquent et parfois difficile, c'est celui qu'il faut faire entre les abcès latéro-pharyngiens ayant fusé en haut pour s'ouvrir dans le conduit auditif externe, d'une part, et la mastoïdite avec abcès mastoïdien cervical décrite par Bezold et dont le tableau a été tracé en termes concis par MM. Broca et Lubet-Barbon (1).

(1) *Broca et Lubet-Barbon*. Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement. Paris, 1895, pages 47 et suivantes.

Dans ces mastoïdites, le pus se porte vers la partie saillante de la face interne de l'apophyse mastoïde et forme un abcès à la partie supérieure du cou ; de là, il peut fuser le long des insertions du muscle digastrique et venir soulever le sterno-mastoïdien ou envahir la nuque ou encore la région rétro-maxillaire, C'est alors surtout que la confusion avec l'abcès latéro-pharyngien, évoluant comme nous l'avons dit, est facile si l'on ne fait pas un examen méthodique. Dans les deux cas, il y a de l'otorrhée et un abcès cervical ayant le même siège, même température élevée. Dans les deux cas, l'écoulement purulent par le conduit augmente par la pression sur l'abcès. Cependant, on remarquera que la face externe de l'apophyse mastoïde est douloureuse dans le cas de mastoïdite. De plus, dans la mastoïdite de Bezold, il y a généralement un écoulement antérieur par l'oreille et la membrane du tympan n'existe plus, puisqu'il s'agit d'une otite moyenne. Au contraire, dans le cas d'abcès rétro-pharyngien, au moins pendant un certain temps, la membrane est intacte, puisque l'orifice par où l'abcès cervical communique avec le conduit est situé en dehors du cadre osseux du tympan (Mayet).

Enfin l'examen de la gorge, les symptômes de dyspnée et de dysphagie aideront au diagnostic d'abcès péripharyngien.

Il faut bien savoir cependant que le diagnostic peut pourtant rester incertain, car le pus de l'abcès péripharyngien accumulé contre le tympan l'ulcérera peu à peu jusqu'à le perforer, et que d'autre part la mas-

toïdite de Bezold peut dans quelque cas présenter un abcès fusant vers le pharynx comme dans les exemples de Guye (2^e réunion des otologistes Belges, 1891) et de Broca.

La douleur vive et bien nette à la pression sur l'apophyse mastoïde, et l'écoulement purulent par l'oreille, antérieur au gonflement cervical, seront donc les deux signes les plus sûrs en faveur de la mastoïdite. Mais comme on le voit, ce diagnostic est délicat et ne laisse pas que de présenter parfois de sérieuses difficultés.





TRAITEMENT



L'un des points les plus importants dans l'étude des abcès péripharyngiens est, sans conteste, celui du traitement dont ils sont justiciables. — Le diagnostic posé, c'est de l'intervention que dépendra le pronostic ; sans elle l'enfant est voué à une mort à peu près certaine et rapide, avec elle, la guérison s'observe heureusement le plus souvent. Le traitement a donc en la matière un intérêt capital.

Il existe une poche purulente, l'indication absolue qui se pose immédiatement c'est d'évacuer la collection et de l'évacuer de façon à ce qu'elle se vide bien.

Il faut le faire vite et sans hésitation car les accidents asphyxiques sont menaçants et la vie du malade est entre les mains du chirurgien tout comme dans la trachéotomie.

Mais par où faudra-t-il l'aborder cette collection purulente ?

Autrefois les classiques avaient érigé en règle générale que ces abcès devaient être opérés par la voie bucco-pharyngée, sauf de très rares exceptions pour les cas où l'abcès était devenu pour ainsi dire sous-cutané.

M. Phocas (1), professeur agrégé à la faculté de Médecine de Lille, s'est efforcé de détruire ce principe et d'établir que les abcès péripharyngiens étant tous latéraux, doivent tous et toujours être incisés par l'extérieur. — A priori, une conclusion aussi absolue doit être fautive ; en clinique chaque cas diffère plus ou moins des autres et l'intervention doit être plus ou moins modifiée pour s'approprier ce cas particulier. — On peut donc poser d'une façon absolue l'indication : « Evacuer le pus » mais non pas la manière de le faire.

L'auteur s'efforce de démontrer que la voie buccale est mauvaise dans tous les cas. — Comme toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche, dit-il, l'ouverture de l'abcès par voie pharyngienne est difficile et la difficulté est accrue parce qu'il faut opérer à main levée, sans anesthésie. — En effet la chloroformisation dans un cas de ce genre faillit être fatale (Giraldès). Mais il nous semble que l'anesthésie, si elle est contre-indiquée, c'est bien plus à cause des symp-

(1) *Phocas*. *Semaine médicale*, 1892, p. 522 et 523.

tômes asphyxiques qu'en raison du mode d'intervention ; dans le cas qu'il rapporte, M. Phocas avait chloroformé sa malade pour ouvrir l'abcès par voie cutanée.

Un autre reproche fait à la voie pharyngienne par le même auteur, c'est l'obligation d'agir à l'aveugle sur un enfant qui se débat, d'où l'intervention sera *dramatique et peu élégante*.

Enfin la voie buccale expose aux hémorrhagies, à l'introduction du pus dans les voies respiratoires d'où l'asphyxie, et à la septicémie. L'ouverture ainsi faite se referme trop vite et il faut intervenir de nouveau ; de plus les lavages de l'abcès sont impossibles, l'antisepsie irréalisable et la guérison sera lente et incertaine.

Pour toutes ces raisons M. Phocas se rattache au procédé employé pour la première fois en 1877 par Etienne, d'Edimbourg, et préconisé depuis par Watson Cheyne (1), par Burkhardt (2), par Pollard (3) et par Kramer (4), l'incision par la voie cutanée.

A la fin de son article, M. Phocas s'exprime ainsi :
« Reste à savoir si la voie cutanée est applicable dans
« la généralité des cas ; nous le croyons et nous fondons
« notre opinion sur la notion classique du siège latéral des abcès rétro-pharyngiens. »

(1) *Watson-Cheyne* (Méd. Times and Gaz., 1881, t. II, p. 254).

(2) *Burkhardt* (Würt. corresp. bl., 1888, n° 9).

(3) *Pollard*. The Lancet, 13 février 1892.

(4) *Kramer*. Centr. bl. f. chir., 1892, p. 233.

Sans doute les anciens avaient tort de vouloir inciser par la bouche tous les abcès péripharyngiens ; ils ne tenaient pas assez compte de la blessure des gros vaisseaux refoulés vers le pharynx, par exemple, dans certains abcès latéro-pharyngiens. Mais nous ne croyons pas qu'il soit meilleur de vouloir aborder tous ces abcès par la voie cutanée.

Du reste, l'opinion de M. Phocas fut bientôt discutée et ses arguments très bien réfutés par M. Branthomme (1).

La difficulté d'ouvrir par la bouche un abcès rétro-pharyngien n'est généralement pas aussi grande qu'on l'a dit, d'autant qu'on peut facilement empêcher les mouvements de l'enfant, en l'enveloppant dans un drap et en le faisant maintenir solidement. En tout cas cette intervention est beaucoup plus facile et plus à la portée de tous les praticiens que celle que propose le professeur de Lille, mais *elle n'exige aucun appareil, aucun déploiement chirurgical* », ajoute M. Branthomme avec une pointe d'ironie.

Pour ce qui est du danger de l'hémorrhagie, il n'existe que dans les abcès latéro-pharyngiens, qui sont eux, la plupart du temps justiciables de l'incision externe comme nous le dirons à l'instant. Dans les abcès rétro-pharyngiens, si l'on agit suivant les règles en incisant bien au point fluctuant on ne court aucun risque.

(1) *Branthomme*. Semaine médicale. 1892.

L'irruption du pus dans les voies aériennes avec l'asphyxie comme conséquence immédiate, et la broncho-pneumonie comme suite éloignée, est un accident rare, mais auquel il faut cependant songer.

Toutefois cela ne suffit pas pour permettre de condamner l'incision par la bouche, car on obvie facilement à cet accident exceptionnel en ayant soin d'agir rapidement, en une seule fois et de pencher immédiatement le malade en avant.

Du reste, le pus produit presque toujours par son contact sur le pharynx enflammé un effort réflexe, de vomissement et le pus est rejeté en dehors. Quant à la nécessité d'incisions renouvelées dont parle M. Phocas, c'est là un argument qui nous étonne autant que M. Branthomme, et nous dirons volontiers que pour quiconque a vu et opéré des abcès rétro-pharyngiens par la voie buccale, ces objections n'en sont pas, pour un cas où il a fallu recourir à une deuxième ou à une troisième incision, il y en a cent où une seule a suffi.

Beaucoup moins absolu dans ses conclusions, M. Branthomme pense que dans la majorité des cas l'incision sera pharyngienne, mais qu'il peut y avoir exceptionnellement des cas où l'incision externe est préférable. Il est un point sur lequel nous ne partageons pas toutefois son opinion, c'est lorsqu'il vante l'incision pharyngienne petite.

En résumé, nous pensons qu'il est impossible de poser une règle absolue dans le traitement des abcès péripharyngiens, à part l'indication d'évacuer le pus

rapidement et complètement c'est-à-dire par une incision déclive.

En général, les abcès rétro-pharyngiens seront plutôt incisés par la voie buccale : le manuel opératoire des plus simples est connu de tous, on se sert d'un bistouri dont la lame est garnie de papier de soie ou d'un morceau de compresse bouillie (plus propre que le diachylon) de façon à laisser un centimètre à un centimètre et demi de pointe à nu. On doit ponctionner au point fluctuant exactement, et immédiatement terminer de haut en bas à partir du point ponctionné, et dont la longueur sera appréciée par le chirurgien suivant l'âge et le volume de l'abcès. Aussitôt l'incision faite on penche le malade en avant. Ce procédé vaut mieux que celui proposé par M. Després (1), et qui consiste à ponctionner avec un trocart, et une fois l'abcès vidé, à agrandir l'ouverture en bas au bistouri.

Les abcès latéro-pharyngiens, qui pointent généralement assez nettement au cou, seront incisés par la voie cutanée. Après avoir sectionné la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose superficielle, on prend la sonde cannelée pour arriver jusqu'à la poche abcédée et on draine. Il nous semble inutile de discuter la valeur des incisions suivant le bord antérieur ou le bord postérieur du sterno-mastoïdien, il faut seulement inciser parallèlement à lui au point fluctuant.

Mais nous le répétons, ce n'est là qu'une indication

(1) Després *Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 250.

générale susceptible de nombreuses exceptions. Lorsque par exemple, un abcès latéro-pharyngien proémine fortement vers le pharynx, et très peu ou pas vers le cou on l'incisera par la bouche, après s'être assuré par l'exploration digitale que les vaisseaux ne sont pas refoulés en dedans.

De même si l'abcès rétro-pharyngien a fusé vers le cou, c'est par cette voie au point déclive, qu'on l'ouvrira, et si même cette incision faite la poche pharyngienne se vide mal, on pourra être conduit à l'ouvrir par la bouche en même temps, comme cela a été fait avec succès par quelques auteurs.

Si l'on objecte que la voie buccale rend impossible l'autopsie de la région, et les lavages de la poche abcédée, nous répondrons que toutes les opérations pratiquées dans la bouche guérissent bien, sans pansement, avec des lavages à l'eau chloralée et des soins de propreté (staphylorrhaphie, grenouillettes sublinguales, amputation de la langue ou des amygdales, etc.), et que d'autre part les abcès ouverts par la voie cutanée guérissent très bien eux aussi sans qu'il soit besoin d'y faire des lavages modificateurs dont la valeur est d'ailleurs encore contestée par bien des chirurgiens.

En résumé, nous dirons donc qu'il n'y a pas de règle absolue quant au mode d'intervention, c'est au clinicien à faire le diagnostic précis du siège et de l'évolution anatomique qui le conduira à évacuer le pus par une intervention appropriée au cas qu'il doit guérir.



CONCLUSIONS



Après cette rapide étude des phlegmons ou abcès péripharyngiens nous croyons pouvoir donner les conclusions qui suivent :

I. — Les ganglions péripharyngiens forment deux groupes l'un postérieur (ganglions de Gillette), l'autre latéral (partie supérieure de la chaîne ganglionnaire carotidienne);

II. — Les abcès péripharyngiens, se développant dans ces ganglions, doivent être divisés de la même façon en rétro-pharyngiens et latéro-pharyngiens ;

III. — Les abcès doivent être ouverts rapidement et de façon qu'ils se vident bien.

Les abcès rétro-pharyngiens réclament généralement l'incision par voie pharyngienne.

Les abcès latéro-pharyngiens appellent plus ordinairement l'incision par voie cutanée.

Mais il y a de nombreuses exceptions, de sorte qu'on ne peut, ni ne doit poser de règle absolue ; c'est au chirurgien, muni d'un bon diagnostic, à choisir avec tact la voie la meilleure dans chaque cas particulier.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.





TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
PRÉFACE.....	5
SIÈGE. ÉTIOLOGIE. BACTÉRIOLOGIE.....	8
ÉVOLUTION ANATOMIQUE.	22
SYMPTÔMES.....	32
OBSERVATIONS.....	35
DIAGNOSTIC.....	51
TRAITEMENT.....	54
CONCLUSIONS.....	61

